

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE –  
UNESC  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO ESPECIALIZAÇÃO EM  
SAÚDE MENTAL  
MARILÉIA BUSS**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE  
SAÚDE DA  
FAMÍLIA FRENTE AO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL:  
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

**CRICIÚMA**

**2013**

**MARILÉIA BUSS**

**A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA FRENTE AO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL: UMA  
REVISÃO DE LITERATURA.**

Monografia de conclusão de curso  
apresentada como requisito parcial para  
obtenção de título de Especialista em  
Saúde Mental no curso de Pós Graduação  
da Universidade do Extremo Sul  
Catarinense - UNESC, sob orientação do  
Prof. Msc. José Otavio Feltrin.

**CRICIÚMA**

**2013**

A capacidade essencial para curar  
perturbações psíquicas é o  
restabelecimento da capacidade  
natural de amar.

(Wilhelm Reich)

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço, acima de tudo, a Deus, a Nossa Senhora de Fátima e à Serva Albertina que iluminaram esta caminhada. Agradeço, de forma especial, a meus pais: Ana e Marcos, aos meus irmãos Marcio e Marcelo e ao meu noivo Marciel que sempre me apoiaram. Agradeço também a todos os professores e, principalmente, ao Profº Enfº José Otavio Feltrin, que me ajudou na construção deste trabalho.

## RESUMO

Este estudo tem por objetivo descrever através de revisão de literatura a atuação do enfermeiro da estratégia de saúde da família frente ao programa de saúde mental. O estudo é de natureza qualitativa. Os dados foram coletados mediante leitura de 11 (onze) artigos científicos. Depois de lidos os dados foram coletados, os resultados mostram que os enfermeiros atuam desenvolvendo atividades individuais, com a família e atividades coletivas. Observamos que sentem muita dificuldade em lidar com as demandas de saúde mental pela falta de capacitação na área, tendo assim, limitações das ações executadas.

**PALAVRAS – CHAVE:** Estratégia de saúde da família. Programa de Saúde Mental. Enfermeiro. Atuação.

## **ABSTRACT**

This study aims to describe through literature review to nursing health strategy against the family mental health program. The study is qualitative in nature. Data were collected by reading eleven papers. After read the data were collected the results show that nurses work developing individual activities with family and collective activities. Observed that they feel much difficulty in dealing with the demands of the lack of mental health training in the area thus limitations of actions performed.

**Keywords:** Strategy of health of the family. Program of Mental Health. Nurse. Performance.

**LISTA DE QUADROS**

Quadro 01: Artigos científicos .....39

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

Enf – Enfermeiro

PSF - Programa de Saúde da Família.

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial.

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

TOC – Transtorno Obsessivo Compulsivo.

UNESC – Universidade do Extremo Sul Catarinense.

FUNASA – Fundação Nacional de Saúde.

SAS – Secretaria de Assistência a Saúde.

PAB – Piso Assistencial Básico.

COSAC – Coordenação de Saúde da Comunidade.

ESF – Estratégia de saúde da família.



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>CAPÍTULO I - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>16</b>
1.1 HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA .....	16
1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA .....	19
1.3 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE.....	25
1.4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....	27
1.5 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO .....	34
<b>CAPÍTULO II - DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS .....</b>	<b>37</b>
2.1 MÉTODO E PARADIGMA DA PESQUISA.....	38
2.2 FONTE E REGISTRO DOS DADOS.....	38
2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS .....	40
<b>CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS.....</b>	<b>42</b>
3.1 DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS .....	43
3.1.1 O programa de saúde mental definido como forma de atendimento fora das instituições hospitalares a fim de garantir a qualidade de vida dos pacientes.....	44
3.1.2 O programa de saúde mental definido como fornecedor de receita e dispensação de medicação controlada .....	46
3.1.3 O programa de saúde mental definido como uma ação que além de acompanhar os pacientes acompanha também os familiares .....	48
3.2 A ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL .....	50
3.2.1 Ações realizadas pelos enfermeiros frente ao programa de saúde mental.....	50
3.2.1.1 A atuação de forma a envolver a família e a comunidade no processo terapêutico, fazendo a assistência de forma coletiva .....	51
3.2.1.2 A atuação do enfermeiro baseada nos grupos terapêuticos.....	53
3.2.1.3 O encaminhamento, a referência e contra referência como forma de atuação do enfermeiro da ESF frente ao programa de saúde mental	54
3.2.1.4 A atuação do enfermeiro da ESF frente ao programa de saúde mental sendo realizada por meio da visita domiciliar .....	56

3.2.1.5 A consulta de enfermagem como um recurso de atuação do enfermeiro .....	59
3.3 A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL COMO UMA PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO PARA UMA MELHOR ATUAÇÃO .....	60
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>63</b>

## INTRODUÇÃO

Por volta das décadas de 30,40 e 50 em todo o mundo, os pacientes com transtorno mental eram tratados de forma cruel e com muita discriminação. O doente mental era chamado de louco, monstro...: “A doença mental (loucura) representou durante séculos uma face mística, julgava-se que esse estado era possessões demoníacas relacionadas a atos e comportamentos ateus.” (XAVIER, 2008, p.120). Além de serem severamente torturados e maltratados viviam sem as mínimas condições de sobrevivência. Eram presos em locais escuros, sem higiene e sem alimento. Viviam nos chamados manicômios.

Dessa forma era necessário criar um modelo de assistência, o qual viesse a satisfazer as necessidades da população, como também eliminar da sociedade o mito de “louco”.

No Brasil, o processo de reforma psiquiátrica teve início por volta dos anos 70 e 80. Segundo o Ministério da Saúde, o início do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo do movimento sanitário, nos anos 70, em favor de mudanças tanto no âmbito de gestão como na atenção aos usuários dos serviços de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005)

Depois de mortes e brutalidades, os próprios trabalhadores da saúde junto com familiares e pacientes lutam pela melhoria dos serviços, bem como pela desmistificação da loucura. “O marco deste movimento foi o Congresso de trabalhadores de serviços de Saúde Mental sediado na cidade de Bauru, São Paulo, no ano de 1987. Nesse encontro, os debates mobilizaram a luta “Por uma sociedade sem Manicômios.” “(DESVIAT, 1999, AMARANTE, 1998 apud XAVIER, 2008, p124.)

O processo de desinstitucionalização surge no ano de 1989 com o objetivo

de alterar o modelo asilar. Como relata o Manual do Ministério da saúde: “No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional um projeto de lei do Deputado Paulo Delgado que visa elaborar os direitos do paciente psiquiátrico bem como realizar a extinção dos manicômios”. (BRASIL, 2007).

No entanto somente no ano de 2001, com a lei nº10216, foi criada uma nova ordem que propicia os direitos dos pacientes e limita as internações. Entrava em vigor a Reforma Psiquiátrica Brasileira, criada então com base nas Lutas Antimanicomiais.

Por meio da Reforma Psiquiátrica é criada uma rede de assistência ao portador de transtorno mental, os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais Terapêuticos, Hospitais Gerais, entre outros.

Entretanto o Programa de Saúde da Família (PSF), criado em 1994 e definido atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF) ganhava ainda mais força para atender esses pacientes nos municípios onde não existem esses outros métodos de cuidados, como propõe o Ministério da Saúde: “A Unidade Básica de Saúde da Família deve-se propor estratégias/ações ligadas à atenção em Saúde Mental, em que o profissional da saúde crie mecanismos que possibilitem o acesso e a acessibilidade a pessoas acometidas por transtorno mental.” Ministério da Saúde apud XAVIER 2008, p.149).

O programa, além de estar frente à comunidade junto às famílias, deve ter uma visão ampla para observar as necessidades sociais, atento a criar estratégias para a concretização dos princípios do SUS, criados em 1988, que frisam por uma assistência universal, integral, equânime, contínua e resolutiva seja na unidade de saúde ou no domicílio. (ROSA, 2003)

Sendo assim, é necessário que as equipes estejam preparadas para atuar

diante da realidade em que se encontram: “As Unidades Básicas de Saúde da Família devem estar preparadas para garantir uma assistência de qualidade, adequada as demandas da comunidade, incluindo as referentes à saúde mental. (MARCELINO,BATISTA, 2008, p.84)

A Estratégia de Saúde da Família juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é, então, o primeiro âmbito de atendimento da população, pelo fato de as equipes estarem em contato direto com a comunidade, identificando, assim, os casos de agravos à saúde e não discriminando qualquer pessoa seja ela portadora de alguma doença, deficiência ou dependência.

Contudo as equipes vêm tendo uma grande tarefa, já que, a cada dia, o número de patologias vêm aumentando e com elas também o número de programas para solucioná-los. Somente no Programa de Saúde Mental os índices já são alarmantes. No ano de 2005 o Ministério da Saúde já registrava que 3% da população necessitam de cuidados contínuo (Transtornos severos), 10 a 12% precisam de atendimento eventual e 12% da população possui transtorno decorrente do uso de álcool ou outras drogas.

Os problemas podem ser identificados de forma integral. Conforme consta Sousa (2001) a estrutura proposta em nosso país presa a relação da saúde com a comunidade e uma assistência complexa nos diversos níveis.

O hospital psiquiátrico já não é mais o centro de atenção da assistência, e também os centros de internação dos doentes mentais já não são vistos como centros de eficiências para o cuidado dessas pessoas em grave sofrimento psíquico. Avançou-se na conclusão de que o local ideal para o tratamento de pessoas com sofrimento mental, drogadictos, violentados, e pessoas que sofrem de angustias é o bairro, as famílias e as comunidades e, logicamente, as unidades de saúde onde essas pessoas vivem. (LANCETTI; AMARANTE, 2006 apud XAVIER, 2008, p.143)

O estudo em questão aborda, então, diante desta temática de Saúde

Mental e Estratégia de Saúde da Família, a Atuação do Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família frente ao Programa de Saúde Mental.

Sabendo que os enfermeiros devem ter amplitude de conhecimento e ação a ponto de oferecer, como prestadores de saúde pública ou privada em todos os programas, um atendimento humanizado o qual perceba o paciente como um ser único e inigualável que precisa ser respeitado em seus momentos e sentimentos. Como cita o próprio Ministério da Saúde: “A doença mental não ocorre separada da física.” (BRASIL, 2008).

O enfermeiro assim como todos os membros da equipe multiprofissional da Estratégia de Saúde da Família têm fundamental e indispensável importância “não se pode negar que a Enfermagem é o eixo principal para suportar qualquer política de saúde que tenha como objetivo uma assistência de qualidade” (BARBOSA *et al*, 2004,p.10) para promover e prevenir a saúde da população já que, ele, de acordo com o Ministério da Saúde, tem a função de planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família, (BRASIL, 2001) criando assim ações de âmbito integral que atendam as necessidades de saúde da população em sua área de abrangência, sejam elas físicas, psíquicas ou biológicas.

A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, é proporcionado através do trabalho “com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente. (SOUZA, 2000, p.27 apud SCÓZ, 2003, p.72).

A enfermagem é um sistema organizado com normas, procedimentos e objetivos onde a principal meta é atender as necessidades afetadas na pessoa humana. Dessa forma, podemos afirmar que o papel do enfermeiro está diretamente

ligado a todas as ações e/ou programas que visam de alguma forma atender a saúde da população.

Sendo assim, tendo em vista o elevado número de casos de pacientes com transtorno mental e a atual realidade da política de saúde mental no Brasil onde a assistência deixa de ser baseada em um modelo hospitalocêntrico, é de fundamental importância estudar como os Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família atuam diante deste cenário.

## **OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

Descrever a partir da análise de artigos científicos qual a atuação do enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família frente ao Programa de Saúde Mental.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- \* Identificar o conhecimento dos enfermeiros frente à Saúde Mental;
- \* Descrever as ações realizadas pelos enfermeiros na temática de saúde mental pautando assim suas atuações;
- \* Observar a importância da capacitação como recurso para a melhoria do atendimento em saúde mental.

## **CAPÍTULO I**

### **FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **1.1 HISTÓRIA DA PSIQUIATRIA**

Para conhecer e compreender melhor a Saúde Mental é necessário criar um horizonte de conhecimentos, observar como foi tratado o paciente ao longo dos tempos, ou seja, é necessário saber um pouco da história da Psiquiatria bem como sua evolução.

A história da Psiquiatria vem se fazendo desde o período da Antiguidade e da Idade Média onde o “louco” circulava pela sociedade sem ter nenhuma assistência dos poderes públicos. Somente as pessoas com melhores condições financeiras recebiam tratamento médico na Grécia e Roma antigas. As pessoas de classe média baixa eram tratadas com práticas populares e mágico-religiosas que eram amplamente difundidas nesta época. (ALMEIDA e COSTA, 2007).

Em todo o mundo ,os mendigos e anti-sociais em geral eram retirados das cidades e reprimidos em porões, sendo surrados e castigados. E, para completar estas medidas, foram criadas no século XV em toda a Europa instituições, casas de correção e de trabalho bem como os hospitais gerais. Foi justamente neste cenário que o louco e a loucura elevaram-se à categoria de problema social. (ALMEIDA e COSTA, 2007).

No final do século XVIII, com as ideias Iluministas, o princípio da Revolução Francesa, a Declaração dos Direitos do Homem do EUA, viu-se crescer o movimento de denúncias contra as internações. A partir de então vários autores



protagonizam um movimento de reforma da assistência centrada em bases humanitárias; “Pinel na França, Tuke na Inglaterra, Chiarggi na Itália, Todd nos Estados Unidos, entre outros, serão os principais protagonistas de um movimento de reforma.” (ALMEIDA, COSTA, 2007, p.25).

Alguns autores situam o ano de 1852 como o marco da assistência psiquiátrica brasileira já que, neste ano foi inaugurado, pelo imperador D.Pedro II, um hospício com capacidade para 350 pacientes, no Rio de Janeiro. (RESENDE, 2007).

Já o período posterior à Proclamação da República foi o marco entre a Psiquiatria empírica do Vice Reinado e a Psiquiatria Científica, onde entrava em atuação o conhecimento médico (medicina): “Há uma Psiquiatria científica, base e síntese do conhecimento médico em cuja complexidade se universaliza todo o edifício das ciências médicas e dos ramos da medicina;” (RESENDE, 2007.p.43).

No Brasil no ano de 1903 é nomeado a governar a Saúde Pública Oswaldo Cruz ao mesmo tempo em que a assistência do Hospício Nacional é entregue a Juliano Moreira. A Psiquiatria e a Saúde Pública passam então a caminhar juntas:

Na virada do século, com as epidemias se alastrando e o espaço do crime e da loucura crescendo – havendo mesmo, da parte da medicina, uma tentativa de redução do primeiro à segunda – e o esforço de Nina Rodrigues neste sentido é imenso – o combate estatal a esses grandes males da saúde pública se torne francamente campanhista. Oswaldo cruz é o exemplo que a historiografia oficial separou, herói da saúde no combate à doença pública. (LUZ, 1994, p.93.).

Mesmo com mudanças de ordem política, os pacientes continuavam sendo apenas tratados em lugares fechados: asilos, casas de internações, porões, entre outros.

Nos anos 30, a psiquiatria parece ter finalmente encontrado a tão

procurada cura para as doenças mentais com a descoberta do choque, da eletroconvulsoterapia e das lobotomias. (AMARANTE, 1994).

Já nos anos 40 a psiquiatria é ainda fortalecida com o surgimento dos primeiros neurolépticos. (AMARANTE, 1994).

Somente na década de 60, no Brasil, com a unificação dos institutos de aposentadoria e pensões é criado o INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) onde o Estado passa então a comprar serviços psiquiátricos do setor privado conciliando, assim, saúde com lucro. Há, desta forma, um aumento significativo no número de vagas e de internações em hospitais psiquiátricos.(BARROS, 1994). Dadas as já mencionadas precárias condições dos hospitais da rede pública, que permaneceram reservados aos indivíduos sem vínculo com a previdência e a notória ideologia privatista do movimento de 64, “que dividia a assistência somente destinada ao paciente mental em uma nova fase a qual estendia a assistência também a massa de trabalhadores e seus dependentes” (ALMEIDA e COSTA 2007), alegando-se ainda razões de ordem econômica optou-se pela contratação de leitos em hospitais privados, que floresceram rapidamente para atender a demanda. (AMARANTE, 1994).

Sendo assim, os anos de 1965 até 1970 ainda foram marcados pelo grande número de internações, sendo estas em hospitais da rede privada. Segundo Almeida e Costa (2007) a clientela destas instituições passou de 14000 em 1965 para 30000 no final deste período. Já na década de 70 o número de pessoas internadas totalizava 90000.

No entanto, o hospital psiquiátrico não conseguia ser caracterizado como um lugar de tratamento e de cuidados das pessoas com sofrimento mental, ainda se viam maus tratos, violência e violação dos direitos humanos. (CALLIGARIS, 2004).

Desta forma em princípios de 70 novas ordens surgiram acerca da psiquiatria, o Ministério da Saúde, incorporando as críticas, elabora em conjunto com os Ministros da Saúde dos países latinoamericanos, princípios básicos que norteiam a assistência psiquiátrica: (AMARANTE, 1994).

[...] Recomendava a diversificação da oferta de serviços, sua regionalização, condenava o macro hospital, propunha alternativas de hospitalização integral, ações especiais dirigidas ao egresso e campanhas para a reabilitação de crônicos visando a pronta integração social do indivíduo. (ALMEIDA e COSTA 2007.p.65)

Era necessário assim criar um modelo de assistência, o qual viesse a satisfazer as necessidades da população, como também eliminar da sociedade o mito de “louco”. Como descreve Pitta (2001) a saúde mental não poderia ser considerada desta forma e sim como um completo bem-estar biopsicossocial. Sendo assim, por volta dos anos 90 em ordem mundial é realizado a Declaração de Caracas para organização da Saúde Mental das Américas e Caribe, estabelecendo um novo modelo norteador:

A declaração estabelecia um novo eixo de atendimento ao paciente psiquiátrico através da atenção Primária a Saúde, dentro do sistema local de saúde, onde cada rede social disponibilizaria um atendimento local garantindo assim os direitos dos portadores de transtorno psíquico. (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 1990).

## **1.2 REFORMA PSIQUIÁTRICA**

No Brasil o processo de reforma psiquiátrica teve início por volta dos anos 70 e 80. O começo do Processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é fruto do movimento sanitário, nos anos 70, em favor de mudanças tanto no âmbito de gestão

como na atenção aos usuários dos serviços de saúde. Como relata o Ministério da Saúde :

O início do processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil é contemporâneo da eclosão do “movimento sanitário”, nos anos 70, em favor da mudança dos modelos de atenção nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta de serviços, e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias de cuidados. (BRASIL, 2005.p.5).

Todavia apesar de ter sido criada nos anos 70 e com embasamento no movimento sanitário, a Reforma Psiquiátrica tem sua história própria e que vinha sendo elaborada há anos com as mudanças que aconteciam em ordem do tratamento de pacientes psiquiátricos em todo o mundo. Sendo que “o movimento recebeu esta denominação por apresentar mudanças que vão muito além da mera assistência em saúde mental. Estas vêm ocorrendo nas dimensões jurídicas, sócio-culturais e teóricas.” (BRASIL, 2001)

Depois de mortes e brutalidades os próprios trabalhadores da saúde junto com familiares e pacientes lutam pela melhoria dos serviços, bem como pela desmistificação da loucura e reinserção social destes pacientes, fazendo, com que assim essa década se torne um marco de início da reforma, como relatam Almeida e Costa (2007, p.62):

Nos Primeiros anos da década de 70, vieram à luz uma infinidade de novas propostas, ordens de serviço, ações concretas que tiveram duração efêmera umas, perduram até hoje outras, partidas do Ministério da Saúde, como das Secretarias Estaduais de saúde, como também do próprio INPS.

Sendo assim, a Reforma Psiquiátrica pode ser considerada um processo político e também social onde estavam envolvidos os mais diversos autores, sendo eles: instituições, governos estadual, federal e municipal bem como as

universidades, os conselhos profissionais, os pacientes e também familiares. (MINISTÉRIO da SAÚDE, 2005).

Como relata Serrano (1998 apud Scóz, 2003.p.73), a reforma Psiquiátrica “é o processo político assistencial, em nível mundial e em diferentes formas, derivado da queda do paradigma asilar que deixa de ser hegemônico, no tratamento psiquiátrico, em discussão, desde a década de 60.”

No decorrer da década de 80 algumas datas importantes ficaram marcadas para a história da saúde mental no Brasil:

- A 8ª conferência nacional de saúde, realizada em 1986 onde foram discutidas as questões de direitos civis, políticos e sociais dos indivíduos com transtorno mental. (BRASIL, 2001). “Nesse encontro, milhares de pessoas entre técnicos administradores e população defendiam a criação de um sistema de saúde mais justo e igualitário.” (XAVIER, 2008, p.123.).

- A luta dos trabalhadores de Saúde Mental; “o marco deste movimento foi o Congresso de trabalhadores de serviços de Saúde Mental sediado na cidade de Bauru, São Paulo, no ano de 1987. Nesse encontro, os debates mobilizaram a luta “Por uma sociedade sem Manicômios”.” (DESVIAT, 1999, AMARANTE, 1998 apud XAVIER, 2008, p124.).

- A criação do SUS (Sistema Único de Saúde) em 1988, proporcionando ao brasileiro a saúde como um direito, sendo à base desse sistema a universalidade, a equidade e a integralidade na atenção à saúde. (BRASIL, 2004 apud Xavier, 2008).

- O processo de desinstitucionalização surge no ano de 1989 com o objetivo de alterar o modelo asilar. Segundo Fenili (1999,

p.38.) “A desinstitucionalização teve início nos anos 80 com o desenvolvimento de uma política em favor da saúde mental e tendo como marco de referência a desinstitucionalização italiana.” Considerando então que, a assistência Brasileira dada ao paciente Psiquiátrico (substituição do modelo asilar) tem influência do modelo Italiano. Vejamos o que fala Delgado(2007, p.183) sobre a desinstitucionalização Italiana:

A Itália constitui uma exceção, pelo fato de ter optado por um modelo muito mais político e participativo que somente administrativo. Mesmo assim (ou por isso mesmo), as mudanças significativas nos censos hospitalares italianos não tiveram lugar homogeneamente em todo o país, mas se observaram, a partir de 1968, preponderantemente nas regiões Norte e centro, onde se realizaram as experiências institucionais da Psiquiatria democrática.

Em se tratando da Itália pode-se citar ainda outro fato importante para a Reforma Psiquiátrica Brasileira, que foi a aprovação da lei nº180 no ano de 1978 a qual propunha para todas as cidades italianas “a abolição dos hospitais psiquiátricos com um direcionamento para os serviços territoriais, fazendo com que assim fossem até mesmo proibidas novas internações em manicômios.” (BARROS, 1994, p.179.).

Como relata o Manual do Ministério da Saúde: No ano de 1989, dá entrada no Congresso Nacional um projeto de lei do Deputado Paulo Delgado que visa elaborar os direitos do paciente psiquiátrico bem como realizar a extinção dos manicômios.

O processo de desinstitucionalização surge, no Brasil, respaldado pelo decreto – Lei 3657/1989, de autoria do deputado Paulo Delgado (PT-MG), objetivando alterar a legislação de 1934, que privilegia o modelo segregador e dissocializante do hospital asilar, como único recurso “terapêutico”, e enfatiza ser o hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento, facilitando a cronicidade e a exclusão dos doentes mentais em todo o país. (MACHADO, MOCINHO, 2003.p.02.)

A partir da iniciativa de Paulo Delgado, vários movimentos sociais mobilizam seus estados para substituição de leitos por atenção integral. A década de 90 passa, então, a sediar também importantes marcos: a assinatura brasileira na Declaração de Caracas, a realização da II Conferência Nacional de Saúde Mental em 1992 e neste processo as primeiras normas, regulamentando a criação dos primeiros CAPS, NAPS e Hospitais-dia. Como menciona Venâncio (apud Almeida e Escorel, 2001 apud Costa e Mocinho (2003): “nos anos 90 assistimos a criação e a consolidação de propostas como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS), Lares Abrigados, Hospital-Dia, etc.”

No entanto somente no ano de 2001 com a lei nº10216, “que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde.” (XAVIER, 2008.p.144), foi criada uma nova ordem que propicia os direitos dos pacientes e limita as internações. Entrava em vigor a Reforma Psiquiátrica Brasileira, criada então com base nas Lutas Antimanicomiais.

A Lei supracitada refere que a pessoa em sofrimento mental deverá ser assistida por uma rede de atenção em saúde mental, em vários graus de complexidade, abrangendo desde os serviços especializados até a inclusão de ações em programas de saúde geral. (AMARAL, 2000 apud MARCELINO, BATISTA,2004).

Para tanto, a Lei nº 10216/2001 vem preconizar atendimento aos portadores de transtornos psiquiátricos preferencialmente em nível comunitário e junto à família, enfocando a melhoria da qualidade de vida que tem implícita a promoção da saúde mental e o acompanhamento de pacientes e de sua família nas ações básicas. Sendo assim, não é possível haver uma (re) inserção social com a família desassistida, pois, para contar com sua colaboração no processo terapêutico é necessário que os profissionais estejam presentes no processo, assistindo-a. (FONTINELI et al, p.01).

Leis, portarias e estruturas da rede de Atenção em Saúde Mental mencionadas pelo Ministério da Saúde:

- Lei nº8080 de 19 de setembro de 1990: Institui o Sistema Único de Saúde, dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde e a organização e funcionamento dos serviços e dá outras providências.
- Lei nº8142 de dezembro de 1990: Que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão dos serviços de saúde e sobre transferências intergovernamentais e recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.
- Lei 10708 de 31 de julho de 2003: Institui o Programa de Volta para Casa onde incentiva o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais e egressos de internações.
- Portaria nº336/GM em 19 de fevereiro de 2002: define normas e diretrizes para a organização dos serviços que prestam atendimento em saúde mental.
- Portaria nº 626/GM de 01 de abril de 2002: Reserva recursos para o financiamento dos Centros de Atenção Psicossocial em todos os estados.
- Portaria nº245/GM de fevereiro de 2005: destina incentivo financeiro para implantação de Centros de Apoio Psicossocial.
- Portaria nº1174/GM de 07 de julho de 2005: destina incentivo financeiro emergencial para o Programa de qualificação dos Centros de Atenção Psicossocial. (Ministério da Saúde apud XAVIER, 2007. p.144).

Tendo em vista os acontecimentos relacionados à elaboração de uma



melhor assistência ao paciente psiquiátrico, observamos a necessidade de humanização nos serviços de atendimento ao paciente. Ao longo dos anos citados, podemos observar que muito melhorou no campo desta assistência prestada, já que os pacientes deixaram de receber o tratamento unicamente em hospitais (manicômios). “Os objetivos destas medidas é humanizar e melhorar a assistência na saúde mental no país.” (XAVIER, 2007.p.125).

### **1.3 HUMANIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Ao longo dos anos muito tem se falado em humanização nos serviços de saúde já que observamos uma história reluzente de acontecimentos os quais marcaram e modificaram de forma positiva a trajetória da saúde mental em nosso país colocando em prática algumas melhorias no que se diz respeito à humanização.

O cuidado é um ideal e busca-se inseri-lo em sua integralidade no nosso cotidiano. Contudo, não é possível apagar a história nem as influências que ela exerce em nosso presente. Talvez possamos, gradativamente, com base nela, na experiência e no viver e sentir o presente, como seres imbuídos no cuidado tecer um futuro mais ético, digno, que se assemelhe ao ideal. (WALDOW, 2007.p.08)

Sendo que é de extrema importância um bom atendimento ao paciente sem que haja discriminação quanto à raça, cor, religião, sexo ou mesmo pela patologia que apresenta: “Humanizar responde pela convivialidade, pela solidariedade, irmandade, pelo amor e pelo respeito. Logo, humanizar corresponde a cuidado.” (WALDOW, 2007.p.08).

Verifica-se no campo da saúde coletiva, a emergência de novas abordagens do se pensar adoecimento, tais como: a integridade das ações em saúde, a humanização do atendimento, a produção do cuidado com vistas a transformação do modelo

tecnossistencial. (GUEDES et al,2006 apud RODRIGUES et al, 2010,p.34).

Tendo em vista a necessidade de uma melhora no atendimento prestado bem como a forma como eles devem acontecer, o Ministério da Saúde institui em 2003, a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS que tem por objetivo efetivar os princípios do SUS e também estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde. (BRASIL, 2004)

Segundo orientações do Ministério da Saúde, no PSF as ações são estruturadas no trabalho em equipe e buscam humanizar as práticas de saúde, com o objetivo de obter a satisfação do usuário através do estreito relacionamento dos profissionais com a comunidade. (OZANA, 2010, p.03).

A Política Nacional de Humanização segundo o Ministério da Saúde é entendida como:

- Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde;
- Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos;
- Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão;
- Mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde;
- Defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção a saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual;
- Mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a

produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais do trabalho;

- Proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo;
- Compromisso com a qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento;
- Compromisso com a articulação dos processos de formação com os serviços de práticas de saúde;
- Luta por um SUS mais humano, porque construído com a participação de todos e comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um. (BRASIL, 2004)

#### **1.4 SAÚDE MENTAL NA ATENÇÃO BÁSICA**

A saúde pública no Brasil passou por uma série de momentos históricos que a marcaram de forma significativa, tendo grande relevância no fato de em 1988 ser criado a constituição do SUS. Com esta iniciativa a saúde no Brasil tomava outro rumo, possibilitando, assim, a criação de uma política de Atenção Básica a qual seria um novo modelo de assistência, onde a população teria um contato prioritário com o sistema de saúde. A portaria que institui a Política de Atenção Básica assim a define:

A Atenção Básica é um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. É desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. (BRASIL, 2006).

Nos dias atuais, a principal estratégia de configuração da Atenção Básica no país é a saúde da família lançada como Política Nacional de Atenção Básica, com caráter organizativo e substitutivo, fazendo frente ao modelo tradicional de assistência primária. (BRASIL, 2004).

A Estratégia de Saúde da Família é a porta de entrada do sistema de saúde, ela trabalha diretamente voltada e integrada com a Atenção Primária à Saúde, sendo assim, ela pode ser uma das principais parceiras para a integração das ações de saúde mental. (COIMBRA et al, 2005, p.02).

O Programa de Saúde da Família (PSF); criado em 1994 na sucessão do PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde criado em 1991), e definido atualmente como Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi criado como estratégia de reorientação do modelo assistencial, como um processo de des-hospitalização e humanização do Sistema Único de Saúde. O programa além de estar frente à comunidade junto às famílias deve ter uma visão ampla para observar as necessidades sociais, atento a criar estratégias para a concretização dos princípios do SUS, criados em 1988, que frisam por uma assistência universal, integral, equânime, continua e resolutiva seja na unidade de saúde ou no domicílio. (ROSA, 2003). A universalidade, a integralidade e a equidade podem ser definidas da seguinte maneira:

Universalidade e igualdade de acesso: a organização no PSF pressupõe a definição de espaços geográficos (territorialização) para definição da população adscrita na Unidade de Saúde da Família (USF).

Integralidade: resolver os problemas de saúde das pessoas, desde os mais simples, até os mais complexos.

Equidade: fundamentado no princípio de disponibilidade de recursos na proporção da necessidade, deve priorizar as necessidades, estabelecendo relação de prioridade. (XAVIER, 2008, p.51)

Inicialmente o PSF (Programa de Saúde da Família), era de responsabilidade da FUNASA (Fundação Nacional de Saúde) por meio da COSAC (Coordenação de Saúde da Comunidade). Em 1995 ficou sob responsabilidade da Secretaria de Assistência a Saúde (SAS). Já em 1996 com a definição do Piso Assistencial Básico (PAB) passou, então, a ser financiado e incentivado pelos municípios. (XAVIER, 2008)

Como menciona Costa Neto (2000), a estratégia de saúde é uma nova estrutura dos serviços de saúde, bem como sua relação com a comunidade, reconhecendo a saúde como um direito a cidadania e expressa pela qualidade de vida.

O Ministério da Saúde afirma que o ESF trabalha com base nos seguintes princípios: Caráter substitutivo, onde substitui o modelo de atenção a saúde. Hierarquização, a Estratégia de Saúde da Família compõe o primeiro nível de ação da assistência. Territorialização, porque há território definido. Equipe multiprofissional, onde cada equipe é composta por vários membros. (BRASIL, 2001).

De acordo com a portaria nº648, de 28 de Março de 2006 ficaram definidas as características de trabalho da Saúde da Família:

- Manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos bem como dados para análise de características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território;
- Definição do território de atuação;
- Diagnóstico, programação e implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde;
- Prática do cuidado familiar ampliado, estruturada de

acordo com a funcionalidade das famílias e o processo saúde doença das mesmas bem como da comunidade;

- Trabalho interdisciplinar em equipe;
- Promoção e desenvolvimento de ações inter-setoriais;
- Valorização dos diferentes saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva baseada na ética, compromisso e respeito;
- Promoção e estímulo a participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações;
- Acompanhamento e avaliação sistemática das ações implementadas, visando à readequação do processo de trabalho.

Cada equipe de Saúde da Família é composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde, entre outros. “Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma área geográfica delimitada.” (CALABUIG, SOUZA, 2008.p.55). Poderão abranger até 1000 famílias ou então 3400 pessoas de um determinado local, devendo assim prevenir e promover a saúde da população.

A Estratégia de Saúde da Família tem como diferencial o trabalho em equipe, o que possibilita potencializar os recursos e viabilizar ações com diferentes abordagens para os diferentes contextos locais onde a estratégia é adotada. (CALABUIG, SOUZA, 2008.p.53)

Nos dias atuais cerca de 50% do país já tem cobertura desta equipe totalizando 93% dos municípios brasileiros. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010.) Em Santa Catarina no ano de 2009 a cobertura populacional atingiu 71,8%, sendo que a

Estratégia de Saúde da Família se faz presente em todos os municípios catarinenses. (PANIZZI, PEREIRA, 2010, p.06).

A Estratégia de Saúde da Família juntamente com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é, então, o primeiro âmbito de atendimento da população, pelo fato de as equipes estarem em contato direto com a comunidade, identificando assim os casos de agravos à saúde e não discriminando qualquer pessoa seja ela portadora de alguma doença, deficiência ou dependência.

“Os profissionais que trabalham na atenção primária são convocados a intervirem no processo de reabilitação das pessoas com problemas mentais, ou que usam drogas ou sofrem angustias, violências e opressões graves.” (LANCETTI; AMARANTE, 2006 apud XAVIER, 2008.p.132)

É de fundamental importância à atuação da equipe de saúde da família na identificação precoce de alterações de comportamentos e outros sinais crônicos da agudização do quadro de transtorno psiquiátrico, bem como o acompanhamento, inclusive medicamentoso, das pessoas com sofrimento mental, e promover a discussão com a família e comunidade sobre a inserção deste usuário, rompendo ou minimizando o estigma existente em relação a tais transtornos. (BRASIL, 2000 apud COIMBRA et al,2005,p.02).

Desta forma a Estratégia de Saúde da Família ganha ainda mais força para atender os pacientes psiquiátricos nos municípios onde não existem estes outros métodos de cuidados (CAPS, NAPS, Hospital-Dia, etc.), afirma Souza (2009): incentiva-se a criação de serviços em saúde mental de atenção comunitária, pública, de base territorial, ao mesmo tempo em que se determina a implantação de critérios mínimos de adequação e humanização do parque hospitalar especializado, ou seja, a atenção básica.

A Política Nacional de Saúde Mental, vigente no Brasil, objetiva reduzir progressivamente os leitos em hospitais psiquiátricos,

expandindo, qualificando e fortalecendo a rede extrahospitalar através da implementação de serviços substitutivos como: Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Serviços Residenciais terapêuticos (SRTs) e unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais-incluindo as ações da saúde mental na atenção básica, implementação de política de atenção integral a usuários de álcool e outras drogas, programa “De Volta Pra Casa”, entre outros. (FONTINELI et al, p.01).

O grande desafio para o Estado de Santa Catarina é o fortalecimento da rede de saúde mental na atenção básica, tendo em vista que 80% dos municípios não apresentam o critério populacional para implantar CAPS, sendo necessária à interlocução com a rede regionalizada de serviços.

Contudo as equipes vêm tendo uma grande tarefa, já que, a cada dia, o número de patologias vem aumentando e com eles também o número de programas para solucioná-los. Somente no Programa de Saúde Mental os índices já são alarmantes, no ano de 2005 o Ministério da Saúde já registrava que 3% da população necessitam de cuidados contínuos (Transtornos severos), 10 a 12% precisam de atendimento eventual e 12% da população possui transtorno decorrente do uso de álcool ou outras drogas.

O quadro a seguir mostra a frequência de internações psiquiátricas – SUS distribuídas em três grupos de diagnósticos.

Os problemas podem ser identificados de forma integral. Conforme consta Sousa (2001) a estrutura proposta em nosso país presa a relação da equipe de saúde com a comunidade e uma assistência complexa nos diversos níveis. Todavia de acordo com Gonçalves (2002, p. apud Machado e Mocinho):

O maior desafio é capacitar as equipes para pensar e agir em saúde mental sem recorrer às velhas estruturas, construindo no dia-a-dia do trabalho com as famílias e com a comunidade, novos dispositivos que possam, efetivamente, ajudar as pessoas a cuidar melhor da saúde e reorganizar suas vidas. (2003, p.168)

De acordo com Coimbra (2005) a ausência de políticas públicas voltadas à



saúde mental e a falta de treinamento para as equipes é que leva ao atendimento terciário, que é a internação.

No Brasil os profissionais de saúde que lidam com pacientes portadores de transtornos mentais estão expostos a várias dificuldades tanto com relação aos recursos humanos, como ao que se refere à qualificação de pessoal apto a trabalhar com esses pacientes. Desde a implantação do PSF constatou-se dificuldades no âmbito do perfil profissional, este fato resulta de uma formação predominantemente baseada em uma atenção hospitalar e centrada na doença.(PITTA, 2001 apud OZANA, 2010, p.04).

Sendo assim Lobosque analisa que “a equipe de saúde deve desenvolver em si mesma, a capacidade de escutar e ter disponibilidade para pensar e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço nos âmbitos da coexistência social.” (LOBOSQUE, 1997 apud MACHADO, MOCINHO, 2002, p.163).

Para atingir os objetivos da Reforma, é necessário estar radicalmente próximo a população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele. (SILVA et al, 2010,p.1023).

De acordo com o Plano Operativo de Saúde Mental 2008-2010 (2008) as responsabilidades a serem compartilhadas entre as equipes de atenção básica são as seguintes:

- O desenvolvimento de ações que priorizem casos de transtornos mentais severos e persistentes, uso abusivo de álcool e outras drogas, pacientes egressos de internações psiquiátricas, pacientes atendidos nos CAPS, tentativas de suicídio, vítimas de violência doméstica intra domiciliar;
- Criar estratégias comuns para abordagem de problemas vinculados à violência, abuso de álcool e outras drogas,

estratégias de redução de danos, etc. nos grupos de risco e na população em geral;

- Promover ações que visem a propagação de uma cultura de assistência não manicomial, diminuindo assim o preconceito com a loucura;

- Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando construir espaços de reabilitação psicossocial na comunidade, como oficinas comunitárias, tendo o apoio de instituições de base comunitária (conselhos tutelares, associações de bairro, grupos de autoajuda, etc.);

- Criar estratégias coletivas e de grupos para a atenção em saúde mental que podem ser desenvolvidas nas unidades de saúde, bem como na comunidade;

- Vincular o trabalho com as famílias, tomando-as parceiras no tratamento e buscar constituir redes de apoio e integração.

Lancetti apud Amarante (2006) afirmam com base na Organização Mundial de Saúde que a Saúde Mental atualmente compete a todos os profissionais da saúde: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, dentistas, agentes comunitários de saúde entre outros uma que a saúde mental e saúde física devem ser vistas de maneira uniforme e associada.

## **1.5 ATRIBUIÇÕES ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO**

Sabendo da importância de compreender a saúde dentro de um contexto histórico e social se faz necessário conhecer também o papel do enfermeiro dentro deste contexto das Políticas Públicas de Saúde Mental. A profissão de enfermagem, enquanto fenômeno histórico tem influência pelas variáveis sócio-políticas e econômicas de cada época, estando sujeita, portanto a transformações no decorrer do tempo. (SILVA, 1979)

Lima (et al 1994) descreve a evolução da enfermagem em três fases: empírica, evolutiva e de aprimoramento, onde na fase empírica, o cuidado aos doentes se dava por leigos que usavam os mais diversos tratamentos. Na fase evolutiva se dava a criação das primeiras escolas de enfermagem (Escola de Enfermagem Nightingale) com os primeiros profissionais formados. Na fase de aprimoramento, a enfermagem passa a ser vista como uma agregação de cuidados ao paciente de forma biopsicoespirituais.

“No Artigo 1º do capítulo I do Código de Ética (BRASIL,1995) dos profissionais de enfermagem consta que: ‘a enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais. ’” (BRASIL apud BARBOSA *et al*, 2004,p.10).

O enfermeiro está diretamente ligado ao ato de cuidar, cuidar de indivíduos, de grupos, da comunidade, ou seja, cuidar da saúde da população. O enfermeiro assume grande e fundamental importância enquanto agente do cuidado e do processo educativo, cuidado este que em português significa atenção, cautela, zelo, responsabilidade, preocupação. (WALDOW, 1999, p.56 apud SIMON 2003, p.32).

A enfermagem ocupa seu espaço na área da saúde como uma estratégia

de cuidado, assistência à saúde do indivíduo, da família e da comunidade de forma holística. O enfermeiro deve estar preparado para atuar com os mais diversos casos, seja com aqueles em que possuem uma patologia grave ou aqueles em que apenas precisam encontrar alguém com quem conversar. Como considera Horta: A enfermagem precisa ir além do “ter o que fazer”. Ser-Enfermagem, ainda completa a autora:

É estar comprometido, engajado na profissão, é compartilhar com cada ser humano sob seus cuidados a experiência vivenciada em cada momento. É usar-se terapêuticamente, é dar calor humano, é se envolver com cada ser e viver cada momento como o mais importante de sua profissão. (HORTA, 1979, p.05.).

Para Boff (2000) “O ser humano é um ser de cuidado, mais ainda, sua essência se encontra no cuidado. Colocar cuidado em tudo o que projeta e faz eis a característica singular do ser humano.” (BOFF apud LORENZI, 2006, p.16.).

O papel representado na figura do enfermeiro vai muito além de tratar uma patologia, o enfermeiro deve representar-se como um cuidador. Cuidar do paciente como um todo nem sempre é fácil, por que envolve também a sua essência.

O corpo não pode ser visto somente como um objeto, uma coisa ou uma máquina funcionando com defeito, que seria mister consertar. Não; o corpo é um corpo animado. Não há corpo sem alma; um corpo sem alma, não sendo mais animado, não merece o nome de corpo, mas de cadáver. Cuidar do corpo de alguém é prestar atenção ao sopro que o anima. (LELOUP, 1998, p.70 apud ANDRADE 2007, p.01).

De acordo com o Manual de Enfermagem do Ministério da Saúde o enfermeiro deve perceber a importância dos diversos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, do indivíduo ou da coletividade em seu ambiente e em seu contexto sócio-familiar.

Para Sousa na abordagem em saúde mental o

profissional enfermeiro deve-se atentar que o foco do trabalho está ligado ao sofrimento das pessoas, no entanto, sua assistência deve ter como objetivo: promover saúde, prevenir agravos relacionados a saúde mental, e incluir a pessoa portadora de transtorno mental no meio social e vida comunitária.(SOUSA apud SANTOS,2011,O.06).

Tendo em vista então o amplo contexto em que se é caracterizada a função do enfermeiro, Calabuig e Xavier (2008) mencionam as seguintes funções: desenvolver ações de educação em serviço para o agente comunitário de saúde e auxiliares de enfermagem, executar ações de vigilância epidemiológica e sanitária dentro de sua competência, discutir com a equipe de forma permanente soluções, estratégias e metas para os processos de trabalho, consultas de enfermagem, atendimento em grupo, efetuar ações de assistência à mulher, gestante, criança, hipertenso, diabético, etc.

## **CAPÍTULO II**

### **DELIMITAÇÕES METODOLÓGICAS**

Para o desenvolvimento do trabalho acadêmico é necessário designar um caminho a ser seguido, ou seja, um método de caminhar, investigar, pesquisar. Dessa forma Leopardi (2002), descreve que metodologia é a arte de investigação por meio de métodos, técnicas, procedimentos que possibilitem resultado de pesquisa.

Para Gil (2002, P.17) “a pesquisa é desenvolvida mediante o concurso dos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos, técnicas e outros procedimentos científicos. Na realidade, a pesquisa desenvolve-se ao longo de um processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados.”

O método utilizado é o caminho em que se percorre na pesquisa, de

acordo com Cervo e Bervian (1996, p.20)

É a ordem que se deve impor aos diferentes processos necessários para atingir um fim dado ou um resultado desejado. Nas ciências entende-se por método o conjunto de processos que o espírito humano deve empregar na investigação e demonstração da verdade.

A pesquisa foi realizada com metodologia qualitativa onde foi realizado o estudo bibliográfico. Os dados foram coletados através da leitura dos artigos, os quais são registrados de forma descritiva para assim ser analisado: a Atuação dos Enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família frente ao Programa de Saúde Mental.

## **2.1 MÉTODO E PARADIGMA DA PESQUISA**

A Pesquisa realizada preocupou-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, abordando assim a metodologia qualitativa. Lakatos (2007) afirma que o método qualitativo descreve a complexidade do comportamento humano.

Por meio deste estudo foi abordado a Atuação do Enfermeiro frente ao programa de saúde mental afirmando então a abordagem qualitativa:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantitativo, ou seja, ela trabalha com universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo nas relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operacionalização de variáveis. (MINAYO, 2002, p.21-22 apud LORENZI, 2006.)

## **2.2 FONTE E REGISTRO DOS DADOS**

A pesquisa bibliográfica esta baseada na leitura de artigos selecionados a fim de pesquisar as informações a serem estudadas.

A pesquisa bibliográfica trata-se do levantamento de toda a bibliografia já publicada em forma de livros, revistas, publicações avulsas em imprensa escrita (documentos eletrônicos). Sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo aquilo que foi escrito sobre determinado assunto, com o objetivo de permitir ao cientista o reforço paralelo na análise de suas pesquisas ou manipulação de suas informações. ( LAKATUS apud SANTOS, 2011, p.03.)

A coleta dos dados foi realizada a partir do levantamento bibliográfico em periódicos de enfermagem. Foi utilizada como fonte de dados os artigos disponíveis na internet nos sites : LILACS, SCIELO e BIREME. Foram utilizados os descritores: “enfermeiro da ESF e a Saúde Mental”, “ Saúde Mental na ESF” , “Atuação do enfermeiro da ESF frente a Saúde Mental”. Não foram utilizadas para classificação dos artigos a data de publicação, portanto foram selecionados os artigos científicos relacionados ao objeto de estudo, como podemos ver no quadro a seguir:

Art 01	O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental	2007	Revista ciência saúde	Pesquisa qualitativa, descritivo- exploratoria	Lemos S. S; Lemos M; Souza M G.
Art 02	Saúde mental na atenção básica: pratica da equipe de saúde da família.	2011	Rev. Da Escola de Enfermagem da USP	Pesquisa bibliográfica, caráter qualitativo.	Correia V.R; Barros S; Colvero L.A.
Art 03	Inclusão de ações de saúde mental na			Pesquisa bibliográfica , Caráter	Santos S.G.

	estratégia saúde da família (ESF) pelo enfermeiro			qualitativo.	
Art 04	Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: revisão da literatura brasileira	2012	Rev. Saúde Sociedade São Paulo	Revisão narrativa, caráter qualitativo	Souza L.G.S; Menandro M.C.S; Couto L.L.M; Schimith P.B; Lima R. P.
Art 05	Ações de saúde mental na atenção básica: caminho para ampliação da integralidade da atenção	2008	Rev. Ciência e saúde coletiva.	Estudo de caso descritivo e exploratório, caráter quantitativo e qualitativo.	Tanaka O.Y; Ribeiro E.L.
Art 06	Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: impasses e desafios na construção da rede.	2007	Rev. Ciência e saúde coletiva.		Jucá V.J.S; Nunes M. O; Barreto S.G.
Art 07	(Re) Construindo cenários de atuação em saúde mental na estratégia de saúde da família	2011	Rev.RBPS.	Pesquisa exploratória com abordagem qualitativa.	Oliveira F.B; Guedes H.K.A; Oliveira T.B.S; Lima J.F.J.
Art 08	Desafios do cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família.	2010	Rev.RBPS.	Pesquisa de campo caráter qualitativo.	Cavalcante C.M; Pinto D.M; Carvalho A. Z.T;



					Jorge M.S.B; Freitas C.H.A.
Art 09	Trabalho de enfermagem em saúde mental: contradições e potencialidades atuais.	2003	Rev.Latino Americana de Enfermagem.	Pesquisa bibliográfica, caráter qualitativo.	Oliveira A.G.B; Alessi N.P.
Art 10	Enfermagem na atenção sistemática de saúde à família de pessoas com transtorno mental: estudo bibliográfico.	2008	Rev.RENE. Fortaleza.	Pesquisa bibliográfica, caráter qualitativo.	Bessa M.S.J; Freitas C.H.A; Luz P.M; Cavaleiro L.M.M; Costa R. F.
Art 11	Atenção aos transtornos mentais comuns na ESF: uma revisão narrativa de literatura.	2011	Rev. Do Centro de pesquisa Aggeu Magalhães.	Revisão narrativa de literatura, caráter qualitativo.	Gomes F.C.F.

**Quadro 01-Artigos científicos.**

## **2.3 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS**

A análise e interpretação dos dados são caracterizadas por Gil (199, p.168) da seguinte maneira:

A análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao problema proposto para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito

mediante sua ligação a outros conhecimentos anteriores obtidos.

Em uma pesquisa os dados são de extrema importância, pois, a finalidade da mesma é exatamente esta: coletar dados que analisam uma determinada atuação, situação, problema ou fenômeno. Para Minayo (2004) a análise e interpretação dos dados além de superarem a objetividade versus subjetividade, exterioridade versus inferioridade, apreciação e composição, revelará o produto da pesquisa.

É a parte que apresenta os resultados obtidos na pesquisa e analisa-os sob o crivo dos objetivos e/ou das hipóteses. Assim, a apresentação dos dados é a evidência das conclusões e a interpretação consiste no contrabalanço dos dados com a teoria. (RAUEN, 1999, p.141)

No estudo em questão as respostas foram analisadas sendo organizado por agrupamento de categorias. Minayo (2002) defende que quando se trata de uma pesquisa qualitativa, os dados devem ser analisados por meio de categorização estabelecendo agrupamento de elementos, idéias ou expressões tendo como ponto de referencia a idéia principal a ser defendida.

Segundo a autora, “para a operacionalização da análise e interpretação dos dados é necessário passar pelos seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e interpretação”. (MINAYO, 2002 apud EMERIM, GARCIA, 2008, p.41) A autora cita ainda que há três tipos de métodos analíticos: análise de conteúdo, análise de discurso e a análise hermenêutico-dialética.

### **CAPÍTULO III**

#### **APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS**

Neste capítulo será levantado os dados da pesquisa, analisando os mesmos, interpretando-os e descrevendo. Para ter acesso a eles foi necessário passar pelos seguintes passos:

1º momento: busca de artigos científicos relacionados com o tema a ser estudado;

2º momento: organização do material encontrado;

3º momento: análise e seleção dos textos tendo em vista o assunto a ser trabalhado;

4º momento: leitura e coleta dos dados;

5º momento: interpretação de dados;

6º momento: elaboração do trabalho.

### **3.1 DESCRIÇÃO DO CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS ENFERMEIROS SOBRE O PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL.**

O enfermeiro da ESF deve ter um conhecimento geral sobre sua área de abrangência, os problemas ali existentes e assim também conhecer os programas e ações a serem desenvolvidos para atuarem sobre os problemas. Desta forma, o enfermeiro deve estar inserido dentro do processo saúde-doença, tendo em vista os problemas da sua área de abrangência sejam eles de ordem física ou mental, atuando, assim, com o Programa de Saúde Mental.

Portanto, é diariamente que edificamos e construímos o conhecimento em saúde mental, sendo necessário dar significados aos achados ou às descobertas realizadas, procurando contextualizá-los em situações similares, tentando assim superar os embates inerentes ao ciclo de mudanças de um sistema de atendimento.

(FONTINELI et al, p05).

Segundo Scoz e Fenili (2003) o Programa de Saúde Mental pode ser entendido por uma rede de ações, concebidas a partir da Reforma Psiquiátrica, organizadas em nível de complexidade capaz de atender as necessidades de saúde da população, sendo que neste contexto pode ser destacados o Serviço de Atenção Básica, CAPS, NAPS, Serviços residenciais terapêuticos, hospital dia, leitos psiquiátricos em hospital geral, entre outros.

### **3.1.1 O programa de saúde mental definido como forma de atendimento fora das instituições hospitalares a fim de garantir a qualidade de vida dos pacientes e cumprir os princípios da desinstitucionalização.**

Ao analisar os artigos, vemos o entendimento dos profissionais enfermeiros sobre o que é o Programa de Saúde Mental, compreendendo que o Programa preconiza um atendimento extra-hospitalar e humanizado, deixando de lado as velhas práticas onde o atendimento era exclusivamente hospitalar.

*“... Elas mostraram ter conhecimento do assunto e afirmam que a ESF atua na lógica da desinstitucionalização...” (Artigo 01).*

Com a Reforma Psiquiátrica e a aprovação da Lei Federal 10216, o Programa de Saúde Mental passava a ter a sua porta de entrada na Atenção Básica, onde o PSF tem a função de acolher em primeira instância os serviços de saúde, desde o ano de 1994. Este também passava a constituir o elo de atendimento em Saúde Mental. Vemos que os artigos apesar de referirem que os enfermeiros possuem pouco conhecimento sobre o programa têm o conhecimento desta função: de ser porta de entrada do sistema de saúde, tanto para o paciente quanto ao familiar.

*“A ESF é considerada porta de entrada para o Sistema de saúde; deve trabalhar integrada com a atenção primária à saúde, constituindo-se como uma das parceiras para a integração das ações de saúde mental.” (Artigo 07).*

*“Para atingir os objetivos da Reforma, é necessário estar radicalmente próximo a população, promovendo vínculos duradouros, considerando a família como unidade de cuidados, conhecendo o território e inventando formas de intervir nele.” (Artigo 04).*

Desta forma, as Unidades Básicas de Saúde, assumindo o papel de porta de entrada do Programa de Saúde Mental, devem estar preparadas para o acolhimento destes pacientes que apresentam algum transtorno, bem como os funcionários também devem estar engajados no processo, tendo, acima de tudo, a visão de que o paciente deve ser tratado de forma humanizada, independente da patologia que apresenta.

*“... objetivando reabilitar o sujeito psicossocialmente e promover sua reintegração ou integração no meio social e cultural, mediados pela humanização e acolhimento.” (Artigo03).*

*“... o olhar do profissional voltado para o grupo familiar e ao contexto social tem resultados mais positivos do que aquele que reduz o sujeito à sua doença.” ( Artigo 11).*

Ao observarmos os artigos e neles o conhecimento que as enfermeiras possuem acerca da saúde mental na ESF, podemos destacar que há ainda um longo caminho a ser percorrido para que a saúde mental de fato ganhe seu espaço na atenção básica. É necessário aprimorar os conhecimentos, tendo em vista que o enfermeiro tem uma função de administrar a equipe, a unidade e também os programas e atividades realizadas. O enfermeiro ocupando, assim, o papel de força

maior deve também, encorajar a equipe para que, ampliem os horizontes do conhecimento e desta forma tenham o alicerce para a realização das atividades com maior segurança. Além do conhecimento sobre a assistência de promoção da saúde mental é possível ver ainda nessas afirmações a preocupação que se tem diante daqueles que referem o programa como instrumento de prevenção.

*“Articula-se a esse contexto a ESF, que trabalha nessa mesma perspectiva, incorporada no cotidiano da comunidade, objetivando prevenção da doença, promoção as saúde e melhoria da qualidade de vida do usuário.” (Artigo 07).*

Não podemos desconsiderar o fato de que a ESF deve e tem como princípio a promoção e prevenção de agravos a saúde, considerando estes como fatores determinantes para uma boa qualidade de vida e assim a manutenção do paciente fora das instituições hospitalares.

*“O enfermeiro inserido nesta lógica deve em sua pratica observar o individuo em sua dimensão biopsicossocial, sendo responsável também por prevenir e contribuir para a promoção da saúde mental em nível comunitário.” (Artigo 03).*

Para o atendimento e desenvolvimento do programa de Saúde Mental na ESF, cada Enfermeira deve ver (diante daquilo que sabe) qual atividade é mais adequada para ser realizada em sua área de abrangência a fim de atender a saúde mental da população, por meio de intervenções básicas de saúde que proporcionem esta melhora na qualidade de vida, como é possível ver no que diz o artigo sobre a Saúde Mental:

*“Ao contrario do que se imagina, a ESF deve trabalhar não só com os programas estabelecidos pelo Ministério da Saúde, mas com a totalidade de assistência que lhe é permitida, por meio de recursos físicos, materiais e humanos disponíveis. Torna-se relevante a efetivação da promoção e do tratamento da saúde*

*mental em termos de atenção básica [...]” (Artigo 07).*

É importante conhecer o que é o programa, quais ações ele preconiza, no entanto é importante acima de tudo colocar este conhecimento em prática, ao contrario não é necessário saber. Pelo que observamos nos artigos nem todas as enfermeiras diferem para esta lógica de atendimento extra-hospitalar na ESF.

*“Na atualidade, no paradigma da Reforma Psiquiátrica os instrumentos materiais mais evidentes são o NAPS e o CAPS, hospital-dia, enfermarias e ambulatórios em hospitais gerais.” (Artigo 09).*

Ao observarmos os artigos, vimos em muitos a expressão de dificuldade ou insegurança diante do que se refere ao conhecimento em saúde mental.

*“Os discursos ratificam a falta de formação e capacitação dos trabalhadores de saúde mental sobre a temática Saúde Mental [...]” (Artigo 08).*

*“Como resultado, foi possível identificar que os profissionais experenciam dificuldades diversas que vão desde a identificação do sofrimento mental, passando pelos impasses relativos ao manejo de situações específicas [...]” (Artigo 06).*

É possível perceber que há insegurança, medo e dificuldade diante do assunto e diante do conhecimento do mesmo.

### **3.1.2 O programa de saúde mental definido como fornecedor de receita e dispensação de medicação controlada**

Apesar da modificação apresentada ao longo dos anos em relação ao tratamento e atendimento do paciente psiquiátrico, podemos perceber, ainda, que há quem acredita que o programa se resuma na entrega de receitas:

*“Este desconhecimento gera atendimentos centrados na medicalização*

[...].” (Artigo 11).

O programa não pode ser resumido na entrega de receita, sendo que deve ser entendido de forma muito mais complexa já que, de fato, ele é um conjunto de ações.

A medicação é importante para a recuperação do paciente, mas esta não é a base do programa, como também não deve ser entendida como tal.

*“As narrativas apontam um forte tendência a terapêutica que privilegia a medicação do paciente, procurando aliviar apenas os sintomas da doença.” (Artigo07).*

### **3.1.3 O programa de saúde mental definido como uma ação que além de acompanhar os pacientes acompanha também os familiares**

O programa, além de ser um importante mediador da saúde mental do paciente, é também importante no condicionamento da família que trata e cuida do mesmo diariamente. Dessa forma diversos artigos conceituaram o programa como um auxiliador da família.

*“Outro lembrete pertinente trazido no texto das autoras e que reforça a importância da participação do PSF na rede de cuidados dirigidos ao sofrimento mental diz respeito ao destaque dado ao contexto familiar na atenção em saúde mental.” (Artigo 06).*

A família de fato tem grande e fundamental importância no desenvolvimento do programa na ESF. A ESF está ligada diretamente com a saúde da comunidade e a família sendo a base da comunidade deve ser atendida pelos mais diversos programas dentro daquilo que necessita para promover e prevenir a



saúde.

*“Afinal, esse contexto participa do surgimento e manutenção do sofrimento do sujeito em particular e da própria família.” (Artigo 06).*

O Programa de saúde mental na ESF deve dar o apoio necessário para que os familiares saibam direcionar o processo terapêutico diminuindo assim a internação e reinternação.

A ESF tem como uma de suas propostas a humanização nas práticas de saúde, que através do relacionamento dos profissionais com a comunidade, busca a satisfação do usuário, estimulando o reconhecimento da saúde como um direito de cidadania. Parece assim possuir a característica propícia para atendimento às famílias por oferecer um espaço significativo para promover saúde mental. (LEMOS et al, 2007,p.200.).

É necessário que o enfermeiro tenha este conhecimento de que, a saúde mental de um indivíduo prejudicada pode afetar extremamente o equilíbrio e o convívio familiar.

É importante que a família esteja vinculada ao trabalho do enfermeiro. Entretanto podemos observar que, de certa forma, a responsabilidade recai muito mais à família do que ao enfermeiro, pois ela está diariamente em contato com o paciente. Observamos que os enfermeiros já têm certo grau de dificuldade de lidar com estes pacientes, então podemos imaginar a dificuldade que a família encontra sendo que esta, muitas vezes, não tem a instrução que o enfermeiro possui. Então é importante que o enfermeiro esteja realizando métodos de ajuda aos familiares de acordo com aquilo que conhece.

*“Ao falar da importância dos sistemas substitutivos para a internação integral dos pacientes em hospitais psiquiátricos, os estudos se complementam quando afirmam que os Centros e Núcleos de Atenção Psicossocial, Pensões Protegidas, Hospitais-Dias, Oficinas terapêuticas e vários projetos de cooperativas*

*têm a finalidade de dar suporte aos usuários e suas famílias [...]. (Artigo 10).*

## **3.2 A ATUAÇÃO DAS ENFERMEIRAS DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA FRENTE AO PROGRAMA DE SAÚDE MENTAL**

### **3.2.1 Ações realizadas pelos enfermeiros frente ao programa de saúde mental**

Os problemas de saúde mental apresentam-se como uma realidade no cotidiano da ESF, por isto é de suma importância que os enfermeiros e toda a equipe estejam preparados para inserir a Saúde Mental na Unidade Básica de Saúde da Família.

Ao analisar nos artigos as ações referentes ao Programa de Saúde Mental do enfermeiro em suas unidades, observamos que diversas atividades são realizadas mesmo em meio às dificuldades. De acordo com Barbosa et al (2004, p.12):

O profissional de Enfermagem que atua em saúde coletiva trabalha muito tempo em contato com a comunidade e com os problemas vividos por ela e por essa razão tem uma melhor visão da realidade. Esse fator contribui para o desenvolvimento de estratégias no sentido de amenizar problemas.

Podemos observar que todos os artigos falam de ações realizadas pelo enfermeiro na ESF sendo elas: Visita domiciliar, consulta de enfermagem, grupo terapêutico, encaminhamentos, palestras, entre outros.

*“Evidenciou-se que ações de saúde mental são desenvolvidas por parte de alguns trabalhadores de saúde na ESF, tais como: o apoio matricial, as tecnologias relacionadas, a visita domiciliar e a terapia comunitária.” (Artigo 08).*

*“A ESF pauta-se na existência de tratamento contínuo, que permite aos usuários a identificação de sintomas e sofrimentos vividos, com a prática do acolhimento, usual no campo da saúde mental e no desenvolvimento de atividades coletivas em geral, como caminhadas, palestras, atividades em grupo, entre outras.”*  
(Artigo 11).

### **3.2.1.1 A atuação de forma a envolver a família e a comunidade no processo terapêutico, fazendo a assistência de forma coletiva**

Neste contexto de atuação do enfermeiro da ESF frente ao Programa de Saúde Mental devemos destacar a importância das ações realizadas que viabilizam também o atendimento do familiar. Observamos a dificuldade que eles muitas vezes também encontram para lidar com a doença. Como citam Machado e Mocinho (2003, p.168/169): “O atendimento à família é mostrado como a grande possibilidade de trabalho em saúde mental, sendo necessário integrar a família ao processo terapêutico.” Todavia como a atuação do enfermeiro está muito atrelada ao atendimento individual, o familiar nem sempre recebe o apoio que necessita e nem o enfermeiro recebe do familiar a integração no processo saúde-doença. Em observação ao exposto destacamos: *“Com relação especificamente à organização das práticas de saúde voltadas para a família, é importante destacar seus pressupostos que, segundo Cordeiro, seriam: a saúde como um direito de cidadania e que expressa qualidade de vida; eleição da família como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde [...]”* (Artigo 06).

Estando a família envolvida no trabalho terapêutico este deixa de ter o caráter individual onde a equipe passa a ter também um alicerce de apoio: a família

e, conseqüentemente, a comunidade. Sendo que o fato de não existir este apoio é citado como uma dificuldade.

*“Observamos famílias desinformadas em relação aos serviços, tendo no hospital psiquiátrico a única alternativa de tratamento. A falta de informação às famílias proporciona alienação, dificultando seu retorno ao convívio social.” (Artigo 01).*

Vários autores comentam que a família é fundamental na manutenção do doente no espaço extrahospitalar, confirmando a necessidade de que os profissionais da Atenção Básica devem preparar e apoiar estas famílias, garantindo que não seja necessária uma nova internação. (ESPIRIDIANO, 2001, LANCETTI, 2001, SILVA OLIVEIRA, 2001 apud MACHADO e MOCINHO, 2003.)

Dessa forma, as terapias saíam do escopo medicamentoso exclusivo, ou preponderante, e o sujeito ganharia destaque como participante principal no tratamento, sendo a família e, eventualmente, um grupo mais ampliado também incluído como agentes fundamentais do cuidado. (NUNES et al, 2007, p.02.).

A ESF está muito perto da comunidade e das famílias e com o apoio do PACS a saúde pode chegar ainda mais perto. Os agentes comunitários de saúde devem informar a toda a equipe o que vêem nas casas para assim facilitar a conduta a ser tomada pela enfermeira. Não podemos esquecer que muitas famílias ainda discriminam o doente mental, maltratam e muitas vezes agredem. Sendo assim é que respaldamos a importância do apoio e da presença da enfermeira dentro também do contexto familiar deste cliente a fim de desenvolver outro tipo de tratamento.

As famílias demonstram dificuldades em lidar com a noção de doença mental, ou seja, pedem esclarecimentos sobre a mesma e orientações sobre o relacionamento no domicílio. Dessa forma, se o profissional investir nas potencialidades da família, ela poderá lidar com as limitações que a doença mental lhes impõe,

valendo-se da rede de apoio disponível na sua comunidade, tais como serviços de saúde mental, rede básica de saúde, grupos de socialização, associações de familiares e de usuários, etc. (OLIVEIRA; COLVERO, 2001 apud MACHADO e MOCINHO, 2003, p.162.).

### **3.2.1.2 A atuação do enfermeiro baseada nos grupos terapêuticos.**

Outra ação que envolve a coletividade apontada pelos artigos foi a existência de grupos *“Neste mesmo contexto, há ainda os grupos terapêuticos que utilizam como instrumento de terapia a relação com o coletivo [...]”* (Artigo08). O grupo muitas vezes é de extrema importância no processo terapêutico, pois, quando bem estruturado faz com que os pacientes com patologias menos severas; tenham uma ocupação e até mesmo um motivo para continuarem aderindo ao tratamento.

[...] entendemos que os grupos podem ser um espaço privilegiado para o usuário vivenciar novas experiências, mas Campos salienta que, se as pessoas que oferecem o grupo, às vezes, não tem clareza de objetivos, banalizam este espaço. Para alguns profissionais, os usuários, que são “encaminhados” para os grupos, “devem ir”, sem nenhum questionamento sobre o que este espaço significa para o usuário em particular. (CAMPOS, 2001 apud MACHADO e MOCINHO, 2003, p.167.).

O grupo pode ser formado não só por pacientes, mas também poder ser feito grupo de familiares tendo em vista que, como citamos acima, estes necessitam de acompanhamento seja pelo sofrimento que passam ou para tirar dúvidas referentes ao cuidado.

De uma forma geral, os artigos afirmam para o sentido que o enfermeiro de saúde coletiva desempenha papel fundamental nas ações de saúde, mas que ainda precisam ser muito melhoradas as ações coletivas desenvolvidas frente ao programa de saúde mental, pois afirmam existir muitas dificuldades.

*“[...] Na ausência dessa sensibilização, torna-se muito difícil a iniciativa*

*dos profissionais em incluir os portadores de transtornos mentais nas atividades realizadas na UBS ou em grupos destinados a esta parcela populacional.” (Artigo 08).*

Segundo Brêda (2000 apud Marcelino e Batista, 2004): a atuação desenvolvida no PSF deve ser embasada em relações abertas, onde estejam presente o diálogo, o aconselhamento, as oficinas de expressão, o trabalho em grupo, contemplando, assim, o foco de atenção primária, inventando e reinventando novas práticas de promover saúde. *“As modalidades de atenção em saúde mental constituem-se em ações que devem ser permeadas pela escuta, vínculo, responsabilização, diálogo, grupos temáticos, oficinas de expressão e de geração de renda, possibilitando ao usuário maior autonomia e reinserção social.” (Artigo07).*

É preciso realmente criar alternativas que eleve o potencial de superação de cada pessoa. Observamos que o ser humano vive um momento de crise pessoal, onde muitos não conseguem superar obstáculos postos em sua vida. O trabalho coletivo que é evidenciado a partir da criação da ESF procura tratar essa sociedade como um todo. Desta forma cabe aos profissionais, juntamente com o auxílio dos poderes públicos, criarem estas estratégias de modo a atingirem todos os problemas e a população como um todo. Desta forma entra em concordância o fato de o enfermeiro ter uma atuação que envolva a saúde física, a saúde mental, o indivíduo, a família, a comunidade e, enfim, os problemas ali presentes.

### **3.2.1.3 O encaminhamento, a referência e contra referência como forma de atuação do enfermeiro da ESF frente ao programa de saúde mental.**

Sampaio e Barroso (1997 apud Marcelino e Batista 2004) dizem ainda que

são ações a serem atuadas pelos PSF, o acompanhamento de psicóticos crônicos, as visitas domiciliares em conjunto com o CAPS, os atendimentos de crise, o acompanhamento terapêutico-reabilitador, a prevenção e o combate à dependência aos benzodiazepínicos, a referência e contra-referência, o atendimento de emergências e o aconselhamento.

*“[...] mas apresentam como ação principal no lidar com problemas de saúde mental o encaminhamento [...]. (Artigo 08).*

Quando o enfermeiro diante da sua atuação perceber que já não consegue atuar de modo a atender todos os indivíduos frente as suas patologias; como é o caso dos pacientes com patologias graves, risco-suicida ou em crise, é necessário que encaminhe para outra instancia de atendimento. *“[...] que permitam otimizar sua capacidade de fazer diagnósticos precoces, realizar intervenções pertinente à atenção básica e encaminhamentos oportunos e com co-responsabilização.” (Artigo 05).* No entanto este fato tem que ser seriamente observado, pois, muitas vezes, os casos podem ser resolvidos na própria unidade caso tenha uma atuação adequada à demanda existente.

*“Mesmo assim, o movimento da reforma psiquiátrica que, no Brasil articula-se como SUS, especialmente nas instituições publicas, defende que a pratica de referência e contra-referência seja uma marco nas novas formas de assistência.” (Artigo06).*

Dessa forma e tendo em vista a necessidade de cada paciente o encaminhamento se torna uma forma de atuação assim como o serviço de referência e contra referência. *“Em relação à categoria encaminhamento dos doentes mentais, identificamos nos artigos selecionados que os profissionais do PSF realizam os mais variados locais, assim como tipos de encaminhamentos, e são eles: consultas com o*

*médico clínico para o atendimento de queixas físicas, aquisição de receitas para adquirir psicotrópicos e também encaminhamento para consultas especializadas para centro de convivência; para o CAPS; para ambulatório, entre outros.” (Artigo 02).*

#### **3.2.1.4 A atuação do enfermeiro da ESF frente ao programa de saúde mental sendo realizada por meio da visita domiciliar.**

A visita domiciliar é de extrema importância para o enfermeiro e também para o paciente. Por meio da mesma o enfermeiro consegue identificar de forma mais abrangente os aspectos relacionados à saúde da população. É possível identificar durante uma visita domiciliar a saúde física, o condicionamento mental, a higiene, o costume, o comportamento social, as relações afetivo-sociais, as condições de vida entre outros. Desta forma podemos afirmar que a visita domiciliar é um método competente na Atenção Básica já que contempla ao enfermeiro um conhecimento do verdadeiro contexto de inserção do paciente no momento em que:

[...] possibilitam ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação “in loco” das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode, ainda, contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do serviço de saúde. (TAKAHASHI; OLIVEIRA, 2003, p.43 apud MACHADO e MOCINHO, 2003, p.165).

O papel do enfermeiro na ESF tem uma posição que vai além das paredes da Unidade de Saúde é importante que ele conheça a comunidade em que está inserido bem como sua localização, economia, cultura, crença, costumes,



comportamentos, pois estes são fatores que influenciam diretamente na saúde da população. Por isso que a visita domiciliar é considerada essencial para a ESF, por que mesmo sendo uma atividade externa a UBS é composta pela mesma equipe que tem os mesmos objetivos das atividades internas que é proporcionar a população o condicionamento da saúde.

Uma das atividades intrínsecas à ESF é a visita domiciliar, que proporciona ao profissional adentrar o espaço da família e, assim identificar suas demandas e potencialidades. Porquanto, a visita domiciliar enseja ampla visão das condições reais de vida da família e possibilita a interação em ambientes familiar e social, através do conhecimento do cotidiano, da cultura, dos costumes, das crenças de uma determinada sociedade, o que torna essas vivências enriquecedoras para ambos. (DRULLA et al, 2009, p.668.).

Durante uma visita domiciliar o enfermeiro pode dar ênfase a assuntos muito particulares, pois este modo de atendimento proporciona maior liberdade aos clientes para que exponham seus problemas, como também pode estar orientando além do paciente a família, criando esta possibilidade de interação entre cliente/família e enfermeiro. *“A visita domiciliar, sobretudo, possibilita conhecer a realidade do portador de transtorno mental e sua família, favorecendo a compreensão dos aspectos psicoafetivo-sociais e biológicos, promovendo vínculos entre usuários, familiares e trabalhadores.” (Artigo02).*

É importante que o enfermeiro realize esta ação, pois em muitos casos o problema que ocasiona a doença mental está diretamente relacionado à família, à sociedade e, desta forma é mais fácil entender, diagnosticar e interferir em certos comportamentos. Como comenta Drulla et AL (2009) a visita domiciliar é indicada até mesmo como um método de iniciativa de trabalho com esses indivíduos, com suas famílias e com a comunidade em geral, pois isto facilita conhecer as práticas assistenciais e as dinâmicas familiares. *“A equipe de saúde da família passa a agir*

*de forma mais abrangente, sendo co-responsável não só pelo cuidado do usuário, da família e da sociedade, como também pela atuação diante da identificação dos sinais iniciais do adoecimento mental e agravamento dos transtornos psíquicos. Essas situações são vivenciadas através das visitas domiciliares [...]” (Artigo 07).*

Sendo assim, não podemos imaginar que a visita domiciliar deve ser realizada somente em casos de crises ou a pacientes crônicos. Ela deve fazer parte do dia a dia da ESF já que as mais diversas ações podem ser realizadas a fim de promover o princípio da reforma psiquiátrica que é a desinstitucionalização e o atendimento fora dos hospitais psiquiátricos.

A visita domiciliar pode ser considerada como um conjunto de ações com aspectos educativos, que traz no seu bojo atuações que priorizam orientações para o autocuidado, manutenção e promoção da saúde, monitoramento dos agravos, situações específicas, temporárias ou não, bem como acompanhamento das demais situações presente no contexto familiar. (DRULLA et al, 2009,p.670).

### **3.2.1.5 A consulta de enfermagem como um recurso de atuação do enfermeiro.**

O relacionamento do paciente com o profissional é de extrema importância no processo terapêutico, quando se cria um vínculo de confiança entre ambos, é possível que o processo de melhora seja mais rápido. Principalmente na saúde mental é necessário que o enfermeiro tenha a conduta de ouvir o paciente. Os artigos citam a consulta de enfermagem como uma estratégia de atuação: *“foi criada uma sistematização da atenção prestada por esses profissionais e sugerida tipos de cuidados a partir de categorias: com a seguinte linha de cuidado: consulta individual, terapia, individual [...]”. (Artigo 11).*

O diálogo e a escuta são citados por muitos autores como métodos de

atuação do enfermeiro. Como cita Lancetti (apud Scóz e Fenili) os profissionais envolvidos nas ações de saúde mental devem ser:

Pessoas corajosas com vontade de experimentar, pois vão atuar diretamente com a loucura, com a violência, sem proteção, sem muros, apenas com o corpo e a inteligência. Apenas uma orelha que escuta, uma pessoa com a capacidade de compreensão. (LANCETTI apud SCÓZ e FENILI, 2003, p. 75).

Sendo assim, destacamos a importância da consulta de enfermagem, pois por meio dela é possível que se forme este vínculo bem como é neste momento que há o diálogo entre o profissional e o paciente: *“É no acolhimento que os profissionais de saúde conhecem e escutam o usuário, suas queixas, definem o tipo de atendimento na ESF [...].O acolhimento deve ser entendido como uma pratica que possibilita uma relação entre os profissionais e o usuário que está precisando de cuidado, de diálogo.”* (Artigo 07). Como confirma Santos et al (2008) o enfermeiro valoriza a consulta de enfermagem, como sendo um instrumento que facilita o vínculo entre o profissional e o usuário.

A partir da primeira consulta de enfermagem é estabelecido, além do vínculo e do relacionamento interpessoal com o doente mental, um contrato de trabalho tratado como se fosse uma grande teia que o paciente e o enfermeiro passam a compor rumo à conquista da reabilitação psicossocial. (TOLEDO, 2004 apud BETEGHELLI et al 2005, p.10).

Por meio da consulta é possível que o enfermeiro tenha um entendimento maior sobre o sofrimento e aflição do paciente. A consulta de enfermagem possibilita ao enfermeiro uma avaliação completa do estado de saúde física e mental do paciente, além de ser um momento propício para a realização de orientações que venham proporcionar ajuda no processo de reabilitação.

Toledo (2004 apud BETEGHELLI, 2005) menciona que a enfermagem

deve motivar o doente mental, para que ele consiga suprir suas necessidades básicas no contexto familiar e social, tendo em vista a sua reabilitação psicossocial.

Por meio dos dados observados durante a consulta, é possível que o enfermeiro tenha uma melhor orientação de como irá atuar diante do cenário das necessidades dos indivíduos dentro da abrangência da sua ESF. Rodrigues identifica que:

O desenvolvimento do relacionamento enfermeiro-paciente ocorre numa seqüência de encontros, através dos quais o profissional identifica as necessidades da pessoa que precisa de ajuda e, a partir desse conhecimento, programa as ações de enfermagem adequadas. (RODRIGUES, 2005 apud BARRETO, 2009).

Ao realizar-se uma consulta de enfermagem de forma abrangente e complexa, o enfermeiro pode estar diagnosticando fatores pessoais como também fatores familiares e sociais que interferem na saúde mental do paciente. De acordo com Manzolli (1996 apud Barreto 2009), trabalhar com o paciente é trabalhar também com a realidade de sua vida, seja na família, amigos, parentes colegas, entre outros.

### **3.3 A CAPACITAÇÃO PROFISSIONAL COMO UMA PROPOSTA DE QUALIFICAÇÃO PARA UMA MELHOR ATUAÇÃO.**

Tendo em vista a necessidade de uma atuação mais abrangente e mais qualificada podemos relatar, diante do estudo realizado que todos os artigos destacam que é de suma importância que os profissionais busquem se qualificar e aprimorar seus conhecimentos para que assim possam atuar de maneira mais concreta.

A não formação específica ou ausência de atualizações na área de Saúde Mental pode tornar-se complicante, bem como dificultar o acompanhamento de mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica, em níveis nacional, estadual e municipal. (FONTINELLI, p.03).

O conhecimento transforma a vida das pessoas e é por meio dele que há a manifestação diante da realidade existente. Observamos diante do estudo que, não vem se fazendo grandes atividades referentes ao programa de saúde mental na ESF. *“No entanto, a carência de planejamento da assistência para o cuidado adequado e a pouca capacitação dos profissionais de saúde que limita o atendimento aos sintomas implica na continuidade do sofrimento para o individuo [...]” (Artigo11).* A atuação está voltada apenas para algumas ações isto pode ser caracterizado pela falta de conhecimento que, gera medo e insegurança para lidar com a saúde mental.

A formação específica pode proporcionar uma ampliação de horizontes, conduzir a reflexão sobre o processo de humanização, solidariedade, respeito, compromisso, julgamento, aceitação, liberdade e responsabilidade que devem permear os preceitos da Reforma Psiquiátrica, que é estendida ao atendimento básico de saúde. (FONTINELLI, p.03).

Os enfermeiros precisam de uma base para se apoiar a fim de assim poderem atuar. É necessário conhecer a realidade, conhecer o que se pode fazer diante dela para assim criar uma atuação. A principal meta do enfermeiro na ESF é proporcionar, por meio do atendimento ao paciente, à família e à comunidade uma assistência integral que vise à qualidade de vida. E para que essa função seja realizada este precisa estar atualizado sobre o modelo de saúde mental vigente. *“Os estudos demonstraram que há dificuldades, por parte dos profissionais, não apenas no que se refere ao cuidado em saúde mental, mas também no entendimento de*

*suas funções na atenção à saúde na atenção primária.” (Artigo11)*

A substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizar para permitir a viabilização do novo modelo assistencial. (SCÓZ e FENILI, 2003, p.73).

Observamos que a capacitação pode ser um método de melhorar a atenção em saúde mental na ESF, sendo que poucos enfermeiros referem ter realizado e apontam a falta desta capacitação como uma dificuldade para atuarem.

*“De acordo com as falas das entrevistadas, podemos perceber que as enfermeiras não foram capacitadas para trabalhar Saúde Mental na ESF, não passaram por nenhum treinamento, sendo que a maioria relata apenas algumas experiências na época de graduação.” (Artigo 01).*

*“[...] Para tal idéia funcionar, no entanto, é necessário que haja uma capacitação adequada dos profissionais de ambos os serviços.” (Artigo06).*

O próprio poder público deve estar ciente dos números apontados e ter o entendimento que é de suma importância uma atuação mais abrangente dessa forma, deve também elaborar uma proposta de atenção a saúde mental e incentivar para que seja colocada em prática. *“ O desenvolvimento de ações de saúde mental na atenção básica deve ser propiciado a partir da elaboração de um Plano Municipal de inclusão de ações, como cursos de capacitações para os profissionais da atenção básica [...]” (Artigo 07).*

Para a resolução desta problemática, a equipe do PSF poderá, solicitar a Secretaria de Saúde (níveis municipais, estaduais, federal) capacitação dos seus profissionais como requisito básico para o atendimento das demandas apontadas. (SCÓZ e FENILI, 2003, p.75).

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Podemos considerar diante do contexto deste estudo que as ações desenvolvidas pelas ESFs em relação ao portador de sofrimento psíquico estão voltadas para as consultas de enfermagem, visita domiciliar, acompanhamento à família, encaminhamentos e grupos terapêuticos.

Observamos que os profissionais enfermeiros sentem muita dificuldade de lidar adequadamente com as demandas de saúde mental da comunidade, manifestando isto quando: deixam de realizar ações mais concretas que possam promover e prevenir a saúde da população, deixam de ter uma escuta sensível e um relacionamento mais humano com os pacientes, demonstram insegurança e medo para lidar com estas demandas.

Ao analisar a partir dos artigos o conhecimento destas enfermeiras sobre o Programa de Saúde Mental, vimos o programa ser definido praticamente de 03 maneiras: como um programa que acompanha pacientes e familiares, como um programa fornecedor de receita controladas e como um programa que viabiliza o atendimento fora das instituições hospitalares. Fato este que pode ser avaliado como falta de preparo, qualificação e atualização diante do cenário em que precisam atuar.

Considera-se que todas as pessoas envolvidas no planejamento, implantação, execução e avaliação da construção de uma rede de atenção básica de saúde estão constantemente no processo dinâmico do ensinar-aprender... ou seja, no processo contínuo de trocas em que o relacionamento interpessoal permita assistir, como diz Santos “a todos os homens e ao homem total”. (SANTOS, 2000, p. 52 apud SCOZ, FENILI, 2003,p.76).

Sem formação específica em Saúde Mental, treinamentos e/ou atualizações, os profissionais de enfermagem podem encontrar dificuldades para

desenvolver ações nesta área, bem como para acompanhar mudanças propostas nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira. (FONTINELI et al, ano, p.05).

Percebemos que é necessário sensibilizar e qualificar os enfermeiros para que atuem, criando práticas na UBSF que atenda as demandas por meio da busca da aproximação com a realidade vivenciada, evitando internações desnecessárias. O desenvolvimento de ações conjuntas, qualificadas, com apoio da família pode almejar a desinstitucionalização e a reinserção na sociedade.

As dificuldades encontradas para a realização das atividades não podem justificar a falta de atuação ou a atuação reprimida, ao contrário disto, os enfermeiros devem utilizar destes artifícios para a busca de novos caminhos, de novas experiências, de um novo ensino em saúde que tenha como principal objetivo a qualidade de vida da população de sua área de abrangência.

Observamos que o grande desafio da ESF ainda é romper com velhos modelos de atendimento, criando ações conjuntas das equipes de saúde, dos familiares, da comunidade a fim de construir um novo modelo assistencial que venha tratar o paciente de forma mais humana com diversas modalidades de atendimento, não priorizando apenas a terapia medicamentosa.

A capacitação e a qualificação profissional são importantes ferramentas capazes de transformar a assistência ao paciente. O conhecimento diante do assunto pode proporcionar novas formas de atuação que visem um melhor atendimento e uma melhor qualidade de vida ao paciente.



## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Silvério Tundis; COSTA, Nilson do Rosário. **Cidadania e loucura - Políticas de saúde mental no Brasil**; 8.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007; 288p.

AMARANTE, Paulo. **Psiquiatria social e reforma psiquiátrica**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994; 2004p.

ANDRADE, Alexandre Martins. **A utopia do cuidado no mundo da saúde**. Texto publicado em 12 de fevereiro de 2007.

BARBOSA, Maria Alves; MEDEIROS, Marcelo; PRADO, Marinésia Aparecida; BACHION, Maria Márcia; BRASIL, Virginia Visconde. **Reflexões sobre o trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.06, n.01,p.09-15,2004.Disponível em <[http:// WWW.fen.ufg.br](http://WWW.fen.ufg.br)> Acesso em 29 jul. 2010.

BARRETO, S.G. JUCA, V. J. S. NUNES,M.O. **Programa de Saúde da Família e Saúde Mental: Impasses e desafios na construção da rede**. Ciência. Saúde Coletiva, 2009.

BARROS, Denise Dias. **Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como construção do saber**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política de Saúde mental**. Brasília: 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A política do Ministério da Saúde para a atenção integral a usuários de álcool e outras drogas**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica. Diretrizes do Nasf: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/96**. Brasília: 1996.

BRASIL. Ministerio da Saúde. **A construção do SUS**. Brasília: 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 154 de 24/01/08**. Brasília: 2008.

BRASIL. **Instituto brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE - Características gerais da população.Censo demográfico 2000**.Disponível em: <<http://WWW.IBGE.gov.br/home/estatistica/população>> Acesso em 24 ago. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Federal Nº 10.216**. Dispõe sobre a proteção e os direitos dos indivíduos portadores de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial na área da Saúde mental. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde mental e atenção básica (O vínculo e o diálogo necessários)**. Brasília, 2003. Disponível em <<http://saudemental@saude.gov.br>>. Acesso em 10 ago. 2010.

BETEGHELLI, Paula; TOLEDO, Vanessa Pellegrino; CREPSCHI, Jaria Lopes Brandão; DURAN, Érika Christiane Marocco. **Sistematização da assistência de enfermagem em um ambulatório de saúde mental**. Revista eletrônica de enfermagem, v.07, n.03, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br>.

CALABUIG, Elisabete Chapina Ohara; XAVIER, Raquel de Souza Saito. **Saúde da família: Considerações teóricas e aplicabilidade**. São Paulo: Martinari, 2008;424p.

CALLIGARIS, Contardo. **Cartas a um jovem terapeuta: reflexões para psicoterapeutas aspirantes e curiosos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

CERVO, Amado Luiz; BERVIAN, Pedro Alcino. **Metodologia Científica**. 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996, 209p.

COIMBRA, Valéria Cristina Christello; OLIVEIRA, Michele Mandagará; VILA, Tereza Cristina; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. **A atenção em saúde mental na estratégia de saúde da família**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v.07, n.01, 2005. Disponível em [HTTP://www.fen.ufg.br](http://www.fen.ufg.br).

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos**. Resolução 196/96. Disponível em <<http://www.ufrgs.br/HCPA/gppg/res19696.htm>>. Acesso em 28 mar. 2007.

COSTA NETO, M.M. **Enfoque familiar na formação do profissional da saúde. Olho mágico**. Londrina: 2000. v.6. n.22.

COSTA NETO, M.M (org). **A implantação da unidade saúde da família**. In: BRASIL. Ministério da saúde. Cadernos de Atenção Básica. Brasília,2000.

DELGADO, P. **Política Nacional de Saúde Mental: o contexto decisivo do paciente**. Disponível em [http:// psyonline.com.br](http://psyonline.com.br).

DRULLA, Arlete da Guia; COSVOSKI, Ana Maria; IZUMI, Fernanda Rubel; AZEVEDO, Verônica Mazza. **A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar**. Paraná: 2009.

EMERIM, Andy Ellen Nunes, GARCIA, Júlio César Souza. **A educação em saúde na prática profissional do enfermeiro: Uma proposta de integração social para o sofrimento psíquico**; Araranguá-SC; 2008; 35p. (Trabalho de Conclusão

de Curso apresentado a UNISUL – campus de Araranguá, para obtenção de título de Enfermeiro).

FONTINELLI, Aline de Jesus Souza; NOGUEIRA, Gina Matias; GOMES, Kenia de Fátima Alencar; CUNHA, Adriana Menezes Parente. **A saúde mental no programa de saúde da família**. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2002.

HORTA, Wanda de Aguiar. **Processo de Enfermagem**; São Paulo: EPU, 1979. 98p.

LEMONS, Suyane; LEMONS, Monalise; SOUZA, Maria da Graça. **O preparo do enfermeiro da atenção básica para a saúde mental**. 2007.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da pesquisa na saúde**. Florianópolis: UFSC, 2002.

LIMA, J.C.F. **Tecnologias e a educação de trabalhador em saúde**. Petrópolis: Vozes, 1994.

LOBOSQUE, Ana, Marta. **Clínica em movimento**: por uma sociedade sem manicômios. Rio Janeiro: Garamond, 2003.

LORENZI, Renata D'Agostini. **Possibilidades para a atuação da enfermagem a pessoa com deficiência mental**; Criciúma - SC; 2006; 61p. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unesc-campus de Criciúma, para obtenção de título de Enfermeira).

LUZ, M.T. **As conferencias Nacionais de Saúde e as políticas de saúde da década de 80**. In: Guimarães, R e Tavares, R.(orgs). **Saúde sociedade no Brasil: anos 80**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1994.

MACHADO, Ana Paula; MOCINHO, Rejane. **Saúde mental: Um desafio no Programa Saúde da Família**. V.17. N.02; 159-169p, Porto Alegre, 2003.

MARCELINO, Adail Afrânio do Nascimento; BATISTA, Violante Augusta Braga. **Atenção em saúde mental: a prática do enfermeiro e do médico do programa saúde da família de Caucaia-CE**. Ceará: 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia científica**. 4 ed. São Paulo: Atlas: 2004.305p.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2007.225p.

MEDEIROS, Laiane ribeiro; MEDEIROS, Soraya Maria; ALBUQUERQUE, Jonas Sâmii; BESSA, Sandra Michelle. **Saúde mental e enfermagem na estratégia de saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?** V. 44. N.02; 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2 ed. São Paulo: 1999. 269p.

MEDEIROS, Laiane ribeiro; MEDEIROS, Soraya Maria; ALBUQUERQUE, Jonas Sâmî; BESSA, Sandra Michelle. **Saúde mental e enfermagem na estratégia de saúde da família: como estão atuando os enfermeiros?** V. 44. N.02; 2010.

NUNES, Mônica; JUCÁ, Vlândia Jamile; VALENTIM, Carla Pedra Branca. **Ações de saúde mental no programa saúde da família: confluências e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária**. Rio de Janeiro: Caderno de saúde pública, 2007.

OZANA, Ester de Almeida. **O programa saúde da família e a atenção aos transtornos mentais**. 2010. Revista eletrônica de enfermagem. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>> .Acesso em 04 ago.2010.

PANIZZI, Mirvaine; PEREIRA, Pio Santos. **Estratégia Saúde da Família em Santa Catarina. Características da implantação e funcionamento**. Revista Catarinense de Saúde da Família. Ano 01. Nº 03. 2010.

PITTA, A.M.F. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001.

RAUEN,F,J. **Elementos de iniciação à pesquisa**. Rio do Sul: Nova Era, 1999.

RESENDE,S. **Antropologia psicanalítica:filogenia e ontogenia**.2007.Disponível em [http:// www.redepsi.com.br](http://www.redepsi.com.br).

RODRIGUES.A,A. **Promovendo saúde com a arte de interpretar**. Revista Catarinense de Saúde da Família. Ano I. Nº. 03, 2010.

ROSA,L, C, S.**Transtorno Mental e o cuidado na família**.São Paulo: Cortez,2003.

SANTOS, Mariangela Romano. **Atribuições legais do enfermeiro no programa saúde da família: dificuldades e facilidades**. Boletim da Saúde, V.17, N.2. Porto Alegre: 2003.

SCÓZ, Tânia Mara Xavier; FENILI, Rosangela Maria; **Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família**. V.05. N.02; 71-77p, 2003. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 04 ago.2010.

SILVA, G.R. **As origens da medicina preventiva como disciplina do ensino médico.** Revista.Hosp.Clin.Fac.Med. USP, v.28.1979.

SPADER, Franciane. **O Sofredor Psíquico na Estratégia de Saúde da Família: O Olhar do Enfermeiro;** Criciúma; 2006; 57p. (Trabalho de Conclusão de Curso apresentado a Unesc- campus de Criciúma, para obtenção de título de Enfermeira).

STACCIARINI, Jeanne; ANDRAUS, Lourdes; ESPERIDIÃO, Elizabeth; **Quem é o enfermeiro.** Revista eletrônica de enfermagem, V.01, N.01,Goiânia,1999.Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista>>. Acesso em 22 ago.2010.

WALDOW, Vera Regina. Cuidar: Expressão humanizadora de enfermagem. 2. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

XAVIER, Raquel de Souza Saito. **Integralidade da Atenção.** São Paulo: Martinari, 2008.160p.